

**SOLICITUD DE ANTECEDENTES EN EL REGISTRO CENTRAL O COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL**

El portal en línea está disponible en <https://providerportal@dss.sc.gov>.

Utilice los formularios 2924 y 37201 del DSS para todas las solicitudes de cuidado infantil.

**I. PROPÓSITO DE LA SOLICITUD**

A. Solicito una búsqueda en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil Y en la base de datos del Departamento de Registros de Casos de Abuso y Negligencia Infantil en relación con:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ser o seguir siendo padre de acogida o posible padre adoptivo                                  | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (hogares grupales, refugios de emergencia, campamentos en la naturaleza, instituciones de cuidado infantil, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Adultos mayores de 18 años que residan en un posible hogar de acogida o adoptivo               | <input type="checkbox"/> Empleo  |
| <input type="checkbox"/> Convertirse en empleado o voluntario de CASA del Condado de Richland                           | <input type="checkbox"/> Voluntariado  |
| <input type="checkbox"/> Convertirse en empleado o voluntario del Departamento de Defensa del Menor de Carolina del Sur | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____  |

B. Solicito una búsqueda en el Registro Central de Abuso y Negligencia a Menores SOLO en relación con:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ser o seguir siendo empleado o voluntario de cuidado de adultos | <input type="checkbox"/> Voluntariado              |
| <input type="checkbox"/> Empleo  | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

**II. TARIFA DEL REGISTRO CENTRAL**

Marque solo una de las siguientes casillas de tarifa para la categoría apropiada e incluya el pago SOLO mediante cheque o giro postal:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entidad sin ánimo de lucro (CASA, etc.) - \$8.00 | <input type="checkbox"/> Cambio de nombre - \$8.00                   |
| <input type="checkbox"/> Entidad con ánimo de lucro - \$25.00             | <input type="checkbox"/> Crianza temporal/Adopción - \$8.00          |
| <input type="checkbox"/> Agencia estatal - \$8.00                         | <input type="checkbox"/> Investigación privada de adopción - \$25.00 |
| <input type="checkbox"/> Escuela - \$8.00                                 | <input type="checkbox"/> Centro de acogida de adultos - \$8.00       |
| <input type="checkbox"/> Centro de atención grupal - \$25.00              | <input type="checkbox"/> Otros (solicitud individual, etc.) - \$8.00 |

**III. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (PERSONA A BUSCAR)**

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera/anterior/alias: \_\_\_\_\_

Cambio de nombre: \_\_\_\_\_

Número de la Seguridad Social (sin X): \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Dirección(es) anterior(es): \_\_\_\_\_

Correo electrónico del solicitante: \_\_\_\_\_

**IV. ENVÍE LOS RESULTADOS POR CORREO A**

Nombre \_\_\_\_\_

ATTN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

City/Estado/Cód. postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**V. FIRMA E INSTRUCCIONES DE ENVÍO**

Por la presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (DSS) a investigar sus registros para determinar si contienen información de que yo fui el autor de un daño a un niño y a divulgar la información encontrada a la persona/organización nombrada arriba. Entiendo que la información proporcionada puede resultar desfavorable para mí. Acepto eximir al DSS y a su personal de toda responsabilidad asociada con la divulgación de la información solicitada en este formulario. Si me parece que la información no ha sido actualizada o es inexacta por cualquier otro motivo, acepto notificarlo inmediatamente al Departamento.

Envíe por correo el pago correspondiente (**cheque o giro postal solamente**), pagadero al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur, y el formulario para su tramitación a

South Carolina Department of Social Services  
Attention: Cashier  
1535 Confederate Avenue  
P.O. Box 1520  
Columbia, SC 29202-1520

Su firma **DEBE** ser atestiguada o notariada por una persona mayor de 18 años.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante                      Fecha                      Firma del testigo                      Fecha

**VI. RESULTADOS (CUMPLIMENTADOS ÚNICAMENTE POR UN EMPLEADO AUTORIZADO DEL DSS)**

- El nombre no figura como autor en el Registro Central de Abuso y Negligencia
- Se ha recibido la solicitud. Se requiere investigación adicional para responder a la solicitud. Pueden ser necesarios de treinta a sesenta días. Llame al número de abajo si tiene alguna pregunta:  
  
\_\_\_\_\_
- El nombre está incluido como perpetrador en el Registro Central de Abuso y Negligencia a Menores.
- El nombre está incluido como perpetrador en la base de datos de registros de abuso y negligencia infantil del Departamento. Véase la correspondencia adjunta.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado autorizado del DSS

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INSTRUCCIONES

### **NO ALTERE ESTE FORMULARIO DE NINGUNA MANERA**

**SECCIÓN I: PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:** seleccione la casilla correspondiente para autorizar al DSS a realizar y divulgar los resultados de una búsqueda en el Registro Central Estatal de Abuso y Negligencia Infantil o en la Base de Datos del DSS

**SECCIÓN II: TARIFA DEL REGISTRO CENTRAL:** seleccione la casilla de la tarifa apropiada

**SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (PERSONA A BUSCAR):** escriba a máquina o con letra de imprenta legible la siguiente información:

- **Nombre completo del solicitante:** indique su nombre, segundo nombre y apellidos (*SIN INICIALES*)
- **Fecha de nacimiento:** Mes/Día /Año
- **Sexo:** (Autoexplicativo)
- **Raza:** (Autoexplicativo)
- **Nombre de soltera/anterior/alias:** proporcione el/los nombre(s)
- **Cambio de nombre:** proporcione el nuevo nombre que desea que se apruebe
- **Número de la Seguridad Social:** proporcione su número completo de la Seguridad Social, que solo se utilizará para realizar una comprobación en el Registro Central/Base de Datos y no se facilitará a ninguna otra persona que no sea la agencia o entidad indicada en este formulario, sin ninguna X
- **Lugar de nacimiento:** indique el nombre del estado en el que nació
- **Dirección actual:** indique la dirección de su residencia actual
- **Dirección(es) anterior(es):** facilite otras direcciones, estados o países en los que haya residido durante los últimos siete años, en el espacio proporcionado o en otra hoja, si su dirección actual tiene menos de siete años
- **Correo electrónico del solicitante:** proporcione el correo electrónico de la persona sobre la que el DSS está realizando una búsqueda

**SECCIÓN IV: ENVÍE LOS RESULTADOS A:** escriba a máquina o con un sello la dirección del remitente en el espacio previsto para ello en el formulario e incluya el nombre, el número de teléfono y el correo electrónico de la persona de contacto

**SECCIÓN V: FIRMA E INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO:** proporcione su firma original (del solicitante) para una búsqueda única en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil o en la Base de Datos del DSS y la divulgación de los resultados con la firma de un testigo o notario antes de enviar por correo el pago (pagadero al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur), el formulario DSS 3072 cumplimentado y un sobre con la dirección franqueada a

South Carolina Department of Social Services  
Attention: Cashier  
1535 Confederate Avenue  
P.O. Box 1520  
Columbia, SC 29202-1520

### **LLAME AL (803) 898-7318, EXT. 4, SI NECESITA AYUDA PARA RELLENAR EL FORMULARIO.**

Después de que el cajero reciba este formulario y procese el pago, el personal autorizado del DSS completará la comprobación del Registro Central o de la Base de Datos del DSS.

**El personal autorizado del DSS debe realizar lo siguiente:**

1. Realizar la búsqueda en el Registro Central o en la base de datos del DSS de acuerdo con la Sección I, A o B;
2. Marcar la casilla de resultados correspondiente;
3. Firmar y fechar el formulario; y
4. Devolver los resultados a través del portal en línea, correo electrónico o correo postal a la persona u organización especificada en la Sección IV **ÚNICAMENTE**.